

## EJERCICIO DERECHO DE ACCESO

Dirección de la Oficina de Ejercicio de Derechos: TIREA - **Ctra. Las Rozas – El Escorial Km 0.3**  
C.P.: **28231** Localidad: **LAS ROZAS** Provincia: **MADRID** (fax nº 914516819)

### DATOS DEL SOLICITANTE<sup>1</sup>

D/D<sup>a</sup> ....., mayor de edad, con domicilio en la  
C/.....nº.....,C.P.....Localidad.....  
..... Provincia ..... con D.N.I ....., del que acompaña  
fotocopia,

#### (Representante legal)

Nombre y Apellidos.....  
D.N.I.....

#### Datos no obligatorios<sup>2</sup>

Matrícula del vehículo .....

Nº de Póliza .....

Entidad.....

por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 15 del Reglamento de (UE) 206/79 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos y, en consecuencia,

### SOLICITA. -

Información respecto a los datos que figuran en (seleccionar el que proceda):

- El Sistema de Información Histórico de Seguros del Automóvil.
- El Sistema de Información de Automóviles Pérdida Total, Robo e Incendios

En..... a.....de.....de 20...

Firma del interesado (**Imprescindible**)

<sup>1</sup> Fotocopia perfectamente legible en su integridad, del D.N.I., Pasaporte o Tarjeta de Residencia. En caso de actuar a través de representación, deberá aportarse autorización o apoderamiento escrito y expreso del interesado. Será válida la acreditación de identidad a través de medios electrónicos tales como D.N.I electrónico o certificados de condición similar.

<sup>2</sup> Datos de entidad, matrícula y/o de número de póliza para facilitar la gestión de la solicitud. No obligatorios.